

高齢者をめぐる支援・介護と住まいの動向

橋本 伸也*

1. はじめに

わが国の高齢者施策は，“団塊の世代”の加齢進行と組み合わせて説明されることが増えている。人口ピラミッドの推計図は“団塊の世代”の高齢化がもたらすわが国の状況を象徴的に表している。こうした説明の仕方は、年金・医療・介護などのいずれの分野でも超高齢社会の問題や課題の状況が国民に理解されやすく、また、当事者となる“団塊の世代”の高齢者の自助や予防に備える意識を醸成しようというねらいがあると考えられる。

介護保険制度の分野では、2003年（平成15年）に高齢者介護研究会から「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」が発表され、第3期介護保険事業計画策定にあたって実質的な原案となった。「2015年」とは、団塊の世代が前期高齢者（65～74歳）になる年であり、中長期的な視点で高齢者介護のあり方を位置づけようとしたものである。「2015年の高齢者介護」の提案に沿って、「予防給付の明確化」「地域密着型サービスの創設」「地域包括支援センターの創設」などの大きな改正が行われた。

この高齢者介護研究会は、厚生労働省老健局長の私的研究会であり、平成16年度末までの「ゴールドプラン21」後の新たなプランの骨格や中長期的な介護保険制度の課題や高齢者介護のあり方を検討することを目的に設置されたものである。研究会の座長は堀田力氏（さわやか福祉財団理事長）が務め、可能な限り在宅で暮らせるようにすることを標榜して「生活の継続性を維持するための新しい介護サービス体系」の施策が提唱された。具体的な方針として示されたのは、(1)在宅で365日・24時間の安心を提供する、(2)「新しい住まい」、(3)高齢者の在宅生活を支える施設の新たな役割、(4)地域包括ケアシステムの確立、などである。

これらの課題は現在でも高齢者介護政策の中心に位置づけられており、市町村においても具体的な整備や展開が求められている。

2. 高齢社会と要介護認定率

いかに高齢化率が高い超高齢社会であっても、高齢者が健康であれば介護問題が議論の対象になることはない。けれども、介護保険制度がスタートして10年以上が過ぎ、要介護認定の実績からは一定の傾向が見えるようになってきた。

前期高齢者の場合、要介護認定率は65～69歳で2.6%、70～74歳では6.3%程度である。これが後期高齢者になると、75～79歳で13.7%へと要介護率は上昇する。さらに平均寿命を超える80歳代では、80～84歳で約4名に1人の26.9%、85～89歳では2人に1人近くの45.9%へ急上昇し、90歳以上では役7割の68.0%が要介護者となる。

したがって、要介護状態に陥らないための予防対策や、仮に要介護状態となっても重度化させないアプローチが重要になってくるが、「介護予防」が推奨されるわりに有効な成果を上げるには至らない状況にある。むしろ、介護予防が無駄なわけではなく、ひとり一人の高齢期の生活が健康であるための予防策の啓発や、環境づくり、努力する場面づくりは非常に重要である。

* 藤女子大学人間生活学部

3. 介護保険制度～2015 年の高齢者介護

2006 年（平成 18 年）改正は、前出の「2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」の施策提案を受けて、理念、制度、介護報酬の 3 つの基軸変更を同時にともなう政策転換であったといえよう。

要支援認定者に対するケアマネジメントや予防給付のプランニングが地域包括支援センターで行われることになり、従来の要介護者のサービス給付とは別扱いで支援されることになった。また、地域密着型サービスという新たな地域ベースのサービス群が位置づけられて、小規模多機能居宅介護、認知症高齢者グループホーム、認知症高齢者対応型デイサービス、夜間対応型訪問介護、小規模介護老人施設、小規模介護専用型特定施設など、さまざまな特色のあるサービスが創設された。

重要なことは、これらの地域密着サービスの事業所認可を市町村レベルで行えるようになったことであり、地域のニーズの状況や必要性に合わせてサービス供給に対応できるようにしたことである。

もうひとつの大きな改正点は地域包括支援センターの創設である。地域包括支援センターは 2006 年（平成 18 年）に創設された地域の相談援助機関であるが、わずか 1～2 年で整備が進み、地域に不可欠の役割を担うようになった。元々、介護保険制度の発足当時、平成 2 年にスタートした「在宅介護支援センター」が地域の相談窓口として設置されていた。在宅介護支援センターは、中学校区におおむね 1 カ所を目途とする整備が進み、ゴールドプランや新ゴールドプランの中で増設が図られ、全国で約 8,900 カ所が設置された。老人福祉法においても在宅介護支援センターは市町村が担うべき老人福祉の情報提供や相談・指導の実施機関としての役割が謳われていた。

ところが、2001 年度には地域型在宅介護支援センターの 9 割が居宅介護支援事業所との併設で運営されるようになって、中立・公正な運用や財源面の問題、地域格差、保健医療福祉の連携に対応する職種配置の適正化などの問題が議論されるに至った。その結果、公正・中立な立場から被保険者に対して①総合相談事業、②虐待防止、早期発見等の権利擁護事業、③介護予防マネジメント、④包括的・継続的マネジメントを担う中核機関として、地域包括支援センターが創設され、地域支援の総合的な役割を担うことになった。

4. 高齢者の住まい～サービス付き高齢者向け住宅

現在、「サービス付き高齢者向け住宅」（略称：サ高住）が急速に増えつつある。関東・関西の都市圏と北海道で急増が目立ち、北海道の都市部でも見かけることが多くなった。サ高住は国土交通省と厚生労働省が建設を助成して推進し、2020 年迄に 60 万戸を目標とされており、すでに 2013 年 1 月末には 10 万戸近い戸数に達している。

サ高住は「高齢者の居住の安定確保に関する法律」が 2011 年 10 月に改正されて登場した制度である。元々、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」が施行された 2001 年当時、高齢者向けの賃貸住宅やアパートの整備が遅れており、また、高齢者の入居が家主に敬遠されがちであったことから、補助金や税制面の優遇措置を講じて良好な居住環境の高齢者向け賃貸住宅の供給を促進しようとするものであった。

当初、この法律は福祉関係者からはあまり注目されていなかったが、しかし、2005 年の

同法改正で緊急通報システムやバリアフリーの要件を備えた「高齢者向け優良賃貸住宅」（略称：高優賃）の登録制度が始まり、2010年の同法改正によって「高齢者専用賃貸住宅」（略称：高専賃）の登録基準が提示されて様相は一変することになる。とくに高専賃は、床面積などの一定条件を充たせば介護保険制度の特定施設として運営ができ、あるいは通所介護や訪問介護事業所の併設できることから、家賃と介護報酬を組み合わせた収益性の高さが注目されることになった。

そのわずか1年半後、2011年10月に高優賃・高円賃・高専賃が廃止され（一部、継続は認められている）、制度的に一本化されたサ高住は急増の一途をたどっている。

サ高住の要件は、居室床面積は原則25㎡以上で、各専用部に台所、水洗トイレ、収納、洗面・浴室を備えたバリアフリー構造であり、その建物に各種の介護保険事業所の併設を認めている。また、日中は建物に担当職員が常駐して安否確認や生活相談などのサービスを提供することなども登録の要件になっている。

単身高齢世帯が増える中で、サ高住に食事提供や清掃・洗濯等の家事援助などの生活支援が組み合わされると、利用者にとって身近な「住まい」の選択肢が増えるメリットは大きいと考えられる。しかし、「住まい」に係る賃貸料や契約の問題、あるいは要介護度が上がったり病状が変わる場合の住まいの継続性や質の確保については、これから問題が顕在化して拡大する可能性を含んでいる。

5. 地域包括ケアの時代へ

平成22年3月の「地域包括ケア研究会報告書」（平成21年度老人保健健康増進等事業）で報告された“地域包括ケア”の推進は、介護保険事業の第6期計画（平成27年度開始）にとどまらず、次の第7期、第8期計画あたりまで継続して取り組むべき課題として受け止められている。

地域包括ケアは、平成21年3月の「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理」（平成20年度老人保健健康増進等事業）によれば、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義され、「おおむね30分以内」に必要なサービスが提供できる圏域として、具体的には中学校区を基本とする、とされている。

この定義は、高齢者の生活・支援・介護に関わる多様なテーマが混同されがちな介護保険制度の位置づけを明確にし、かつ目指すべき地域像をイメージしやすく示したものである。見方によっては、高齢者の住まい、医療、福祉や生活支援などは、“介護”とは別途に整備を図ることを求めており、そのうえで日常生活の場に行き届くようなシステムを地域ごとに構築・改善・点検することを提起している。

前項のように高齢者の住まいに関しては「サービス付き高齢者向け住宅」の大規模な整備が始まり、また、医療に関しては、ここきて平成18年の医療保険制度改正で新設された「在宅療養支援診療所」や、平成20年改正の「在宅療養支援病院」の指定制度がクローズアップされている。この制度は、24時間365日体制で往診や訪問看護を行うことを診療報酬で評価するものであり、指定医療機関になることが推奨され、介護との連動や連携への期待が高まっている。

さらに、平成 25 年 3 月の「地域包括ケア研究会報告書～地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」（平成 24 年度老人保健健康増進等事業）においては、「地域マネジメントに基づく“ケア付きコミュニティ”の構築」という標題のもとに様々な整備課題が掲げられ、介護・医療に限らず、生活支援、福祉サービス、住まい、コミュニティなど、様々な地域福祉をめぐる検討や展望が求められている。

6. 生活支援施策の今後

ふり返ると、先年の高専賃の建設ブームの頃から、介護保険制度のあり方を巡る議論から「住まい」の問題を分離する動きが強まってきている。確かに、介護保険制度は居宅介護や施設介護の給付システムであり、高齢期の住まいの確保や提供は介護保険制度とは別次元の問題である。また、“限界集落”の問題や、過疎地域に介護保険サービスをどのように行き届かせるかという方法の議論を混在させると、超高齢社会へ向かうための介護保険の制度設計の議論が進まなくなるのかも知れない。

けれども過疎化が進行しても生活は続き、仮に「暮らし」や「住まい」が個人の選択や経済生活の結果であるといっても、少数をイレギュラー扱いしてよい法はない。共生社会のもとでの生活支援は、多数のためだけでなく、少数の、あるいは少数化する状況下の人々の生活に着目し、介護保険制度の方向性や地域特性との関係を含めて、地域の生活支援のあり方、地域包括ケアなどを織り込むさまざまな課題を捉え、生活をめぐる幅広い視点と問題意識をつなぐ議論が求められている。

介護保険制度発足以降、とくに制度やサービスに関わる政策は多分野でめまぐるしく、かつ同時展開されるようになり、理解や説明が難しくなっている。介護・医療の報酬改定や、種々の社会資源の設置や運用のための補助金・助成金、交付金などの誘導や財源基盤の“調整”まで含めると、先行する政策動向をあと追いつける形で是非もなく制度理解に終始せざるを得なくなっている。けれども、同時にまた、こうした種々の制度や社会資源を活用することで生活を成り立たせていくことへの指向性の形成が重要な時代に至っているとも考えられる。

参考資料

- 1) 2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～、高齢者介護研究会、2003
- 2) これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方について、全国在宅介護支援センター協議会これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方に関する検討委員会、2003
- 3) 地域支援事業における在宅介護支援センターの活用、全国在宅介護支援センター協議会、2005
- 4) 地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理、地域包括ケア研究会、2009
- 5) 地域包括ケア研究会報告書、地域包括ケア研究会、2011
- 6) 持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する研究事業報告書、地域包括ケア研究会、2013